

серологические свойства, а также их гемолитическую активность. Для изучения эффективности применения пробиотиков у 20 больных детей, у которых высеяли гемолитические эшерихии. Им в комплексную терапию были включены колибактерин и лактобактерин. Контрольную группу составили 20 детей больные с гемолитическими эшерихиями не получавшие указанных препаратов.

Результаты и их обсуждение: На основании полученных результатов было выявлено, что из 140 больных у 29 (20,7%) было выделено шигеллы (20 (70%), *Sh flexneri* 9 (30%) *Sh.Zonne*), у 78 (55,7 %) эшерихии и у 33 (23,9%) *S.typhi murium*. У полученных культур эшерихий выделяли два типа гемолизина α и β соответственно 76,3% и 23,7%. В клиническом аспекте эшерихиоз у детей начинался остро и протекал по типу энтероколита и преимущественно в виде среднетяжелой (43,8%) и тяжелой форм (24,7%).

Исследование микробиоценоза кишечника у больных детей с эшерихиозом выявили существенные дисбиотические изменения: снижение количественного уровня бифидобактерии до 10^7 - 10^8 КОЕ/г, лактобактерии до 10^5 - 10^4 при повышении содержания гемолитических эшерихий до 10^5 - 10^7 КОЕ/г. Анализ влияния применения пробиотиков на клиничко-микробиологические показатели выявил значительную эффективность указанных препаратов. Так, у всех детей после включения упомянутых биопрепаратов в комплексное лечение отмечено положительная динамика

клинических показателей. Относительно раньше ликвидировались явления интоксикации, диспептические проявления и диарейный синдром. Тогда как, у детей, не получавшие пробиотиков динамика исследованных клинических показателей была незначительной. Продолжительность эпизодов диареи была дольше и явление интоксикаций выраженное.

Что касается микробиологических показателей, то у пациентов получавшие пробиотиков произошли существенные улучшения показателей кишечного биоценоза, т.е. достиг нормальных значений (10^9 - 10^{11} КОЕ/г), в то время у больных в группе сравнения обнаруженный дисбиоз не только не нормализовались наоборот прогрессировали (10^4 - 10^5 КОЕ/г). К тому же эти изменения у этих больных сохранялись дольше, чем у больных испытываемой группы.

Заключение: Таким образом, под диагнозом ОКИ неустановленной этиологии чаще скрываются эшерихиоз, реже шигеллез и сальмонеллез не установленные по объективным причинам. Среди этих возбудителей преобладает эшерихии с гемолитическими свойствами. При этом у больных развиваются существенные нарушения как количественного, так и качественного состава кишечной микрофлоры, что, по-видимому, является причиной затягивания и повторных эпизодов диареи у них. Применение пробиотиков в комплексном лечении указанных больных сопровождается выраженными позитивными изменениями клиничко-микробиологических показателей

АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Р.Х. Шарипов

Самаркандский государственный медицинский институт

Антибиотики по праву считаются ключевыми лекарственными средствами в терапии бактериальных заболеваний. Наиболее распространенными заболеваниями у детей, как известно, являются заболевания носоглотки и верхних дыхательных путей (отит, синусит, фарингит, бронхит, пневмония), а также инфекции кожи и мягких тканей.

Обычно этиологическими факторами развития бактериального инфекционно-воспалительного процесса в дыхательных путях у детей являются так называемые респираторные патогены: пневмококки (*S. pneumoniae*), β -гемолитические стрептококки группы А (чаще *S. pyogenes*), гемофильная палочка (особенно у

детей до 7 лет), стафилококки, моракселла катарралис; сравнительно небольшую роль играют микоплазмы пневмонии и хламидофиллы пневмонии. Поэтому "золотым стандартом" антибактериальной терапии ОРЗ бактериальной природы у детей является назначение β -лактамов защищенных антибиотиков, которые большинством авторов рассматриваются в качестве препаратов первого выбора.

Цель работы. Изучение эффективности β -лактамов защищенных антибиотиков и макролидов при респираторной инфекции у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 32 ребенка в возрасте от 6 мес. до 3-х лет, которые получали стационарное лечение в городской детской больнице № 1 по поводу острой тяжелой пневмонии (17) и ОРВИ, осложненной средним отитом (15). Детям, страдающим пневмонией, после курса парентеральной антибиотикотерапии назначали β -лактамы защищенные антибиотики. Одним из ведущих препаратов для лечения острого среднего отита у детей на сегодня является амоксициллин/клавуланат. При аллергии на эти препараты или при выявлении внутриклеточных возбудителей, таким детям назначали макролиды.

Результаты: Амоксициллин/клавуланат, в частности препарата Флемоклав Соллютаб®, назначали в дозе 30-60 мг/кг массы тела в сутки в 3 приема в течение 7–10 дней у детей с острым средним отитом (11) и пневмонией для продолжения антибиотикотерапии ступенчатым методом (10). При наличии аллергии или изменении стула, детям (11) назначали препарат из группы макролидов – Вильпрофен Соллютаб в дозе 40-50 мг/кг массы тела в сутки в 2-3 приема в течение 7–10 дней.

Установлено, что указанные препараты (Флемоклав Соллютаб®) обладают высокую клиническую эффективность (98,7%), переносимость и благоприятный профиль

безопасности. Улучшенная фармакокинетика новой лекарственной формы амоксициллина / клавуланата – диспергируемых таблеток Соллютаб обеспечивают не только высокую клиническую эффективность, но и улучшают его переносимость. При наличии аллергии или изменении стула, детям (11) назначали препарат из группы макролидов – Вильпрофен Соллютаб. Известно, что макролиды активны не только против возбудителей типичной пневмонии, но и атипичной. Учитывая безопасность макролидов, их возможность применения у больных с аллергией на β -лактамы антибиотики а так же пероральное введение, второй группе детей мы назначили препарат – макролид. Причем известно, что макролиды обеспечивают достижение высоких пиковых концентраций в сыворотке, тканях легких и активное антимикробное действие. Эффективность Вильпрофен Соллютаб у наших пациентов достигала до 99%.

Заключение. Т.о. "золотым стандартом" антибактериальной терапии ОРЗ бактериальной природы у детей является назначение β -лактамов антибиотиков, которые рассматриваются в качестве препаратов первого выбора, а при аллергии на эти препараты или при выявлении внутриклеточных возбудителей – макролиды.

ВЛИЯНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ НА УРОВЕНЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Р.Х. Шарипов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Изучение неспецифических факторов защиты организма у часто болеющих детей с различными заболеваниями осложненной диареей.

Материалы и методы исследования: Иммунологическому обследованию подверглись 45 часто болеющих детей, госпитализированные в ДГБ №1 г.Самарканда. Изучены показатели фагоцитоза и бактерицидная активность сыворотки крови. Фагоцитарная реакция нейтрофилов крови (процент активных фагоцитов, фагоцитарное число, завершенности фагоцитоза) определяли по методике Е.А.Олейниковой с соавторами (1975); бактерицидная активность сыворотки – нефелометрическим методом на ФЭК – 56М.

Результаты: Было обследовано больные дети, в возрасте от 1 года до 3 лет, относящихся к категории часто болеющих. При анамнезе выяснено что обследованные дети в течение

одного года несколько раз болели с разными заболеваниями; ОРЗ, отит, тонзиллит, бронхит и во многих случаях заболевания осложнились диареей. При распределении обследованных детей по группам учитывали диагноз заболевания. Анализ полученных данных показывает что из 45 детей у 9 отмечены обструктивный бронхит, сопутствующий – анемия 1 степени (1 группа), у 12 – острый бронхит, сопутствующий - анемия 2 степени (2 группа) и у 24 – ОРВИ, осложненной диареей, анемия 1 степени (3 группа).

Результаты исследования показывают, что у обследованных больных с обструктивным бронхитом, процент активных фагоцитов составляет- $79,6 \pm 0,7\%$ и у больных с острым бронхитом - $81,3 \pm 1,59\%$. Самый низкий процент активных фагоцитов отмечалось у больных детей ОРВИ с осложненной диареей - $69,6 \pm 0,6\%$.